

Année 1970

1

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

François DESVIGNES
né le 2 juin 1934

Présentée et soutenue publiquement le

H A S C H I C H O M A N I E

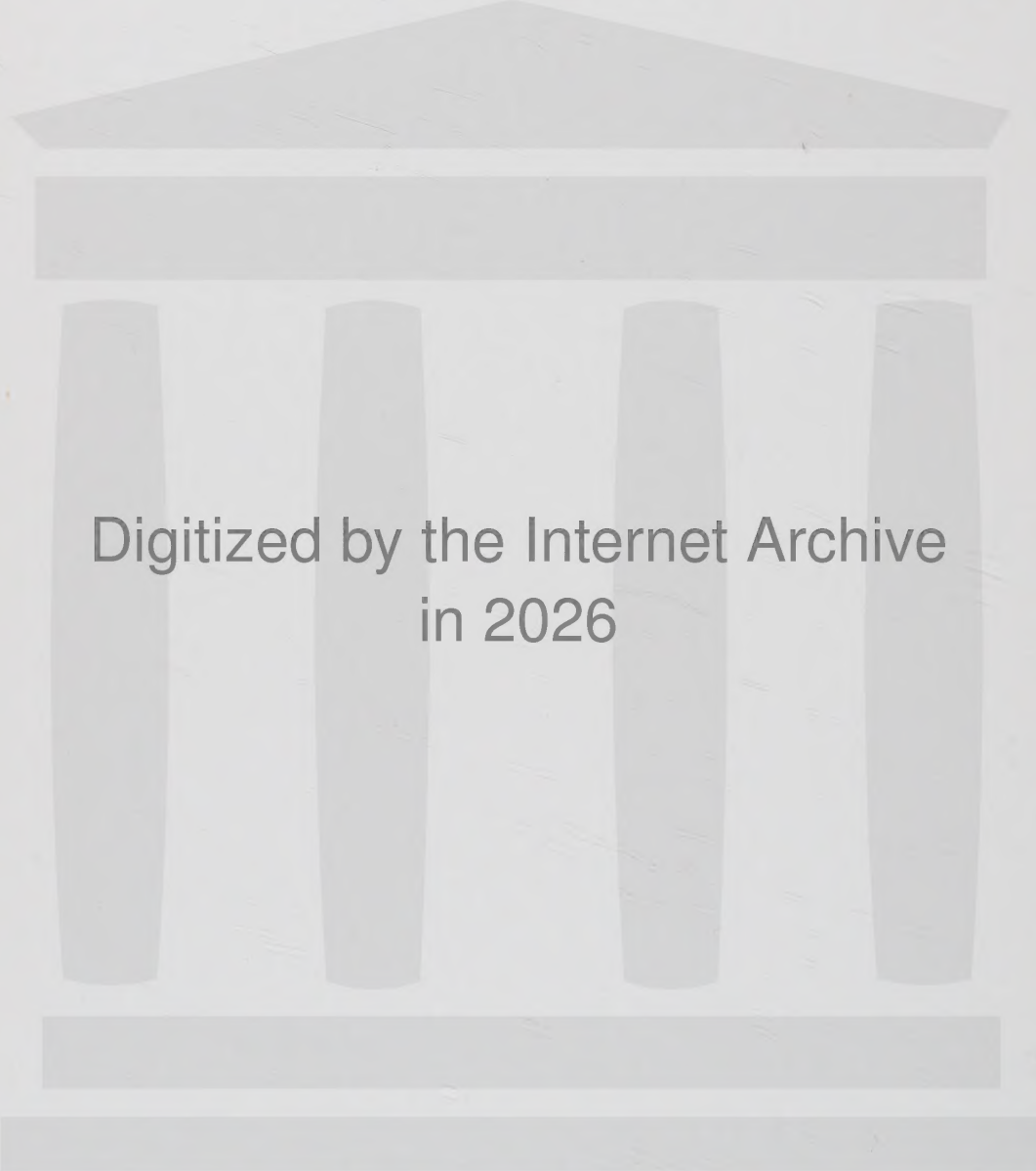
approche psychiatrique

et

approche psychanalytique

d'un cas

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550207_0011

Année 1970

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

François DESVIGNES
né le 2 Juin 1934

Présentée et soutenue publiquement le

HASCHICHOMANIE

Approche psychiatrique
et
approche psychanalytique
d'un cas

Président : Monsieur le Professeur Bourguignon



m e i s

e t

a m i c i s

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Bourguignon,
qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A nos Juges.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux,

et, tout particulièrement,

A Monsieur le Docteur Sevestre

et aux membres de l'équipe de son Service
qui ont permis la réalisation de ce travail.

I N T R O D U C T I O N

REPRODUCED FROM THE NATIONAL ARCHIVES AT COLLEGE PARK, MARYLAND

Depuis quelques mois, le problème de l'usage des drogues hallucinogènes est posé en France. La grande presse s'en est emparé à la suite de certains accidents survenus au cours de l'été 1969 et à l'occasion de la sortie du film "More", mais c'est depuis quelques années déjà que les médecins étaient amenés à rencontrer des usagers de ces substances dans les consultations des dispensaires d'hygiène sociale ou des services de psychiatrie, ou en médecine scolaire et universitaire.

Dans le même temps les revues médicales consacraient un nombre croissant d'articles aux divers aspects de l'usage de plus en plus répandu de drogues nouvellement mises en circulation. Toutefois, un certain nombre de difficultés paraissent encore s'opposer à une bonne compréhension de l'ensemble des problèmes posés.

D'abord celle de la nouveauté de ces problèmes. Les descriptions classiques de la "personnalité du toxicomane" ne répondent pas aux tableaux d'aujourd'hui. C'est ainsi que sur 55 cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie (1), 8

.../...

(1) Celui du Docteur Borenstein. Cf bibliographie n° 59.

seulement répondaient au tableau de ce que l'on a appelé la "névrose toxicomaniaque", alors que 17 présentaient une incontestable structure psychotique, 21 pouvaient être considérés comme des personnalités psychopathiques ou des déséquilibrés, et 9 venaient se faire désintoxiquer sur l'injonction de leurs parents ou pour échapper à des poursuites policières.

D'autre part, il ne s'agit plus des mono-intoxications classiques, mais presque toujours de poly-intoxications : à partir de l'initiation qui est généralement la cigarette de haschich, l'escalade est rapide et précoce. La panoplie comporte les amphétamines, les opiacés, les hallucinogènes, mais aussi d'innombrables autres produits et mélanges. C'est dire que la cure de désintoxication n'existe pas et constituerait un double leurre.

Autre difficulté : la drogue en tant que telle, et les effets qu'elle engendre, semblent exercer une fascination telle qu'elle empêche de considérer le sujet qui s'y adonne et d'entrer davantage dans sa compréhension. On sait bien par ailleurs que ce n'est pas le gardénal, ni son inventeur qui tue celui qui en prend une dose mortelle, mais que c'est le sujet qui absorbe cette dose qui se tue et que son geste a un sens, qu'il correspond à un certain désir, qu'il a un certain but pour lui et pour les autres.

Cependant, la littérature est presque entièrement

consacrée à la description des différentes drogues et à celle de leurs effets, et l'on se contente la plupart du temps de vagues considérations sociologiques quand il s'agit de la personnalité de ceux qui s'adonnent à ces drogues.

Enfin, même sensibilisé à ces aspects personnels, on constatera que la relation s'établit difficilement avec ces sujets qui perçoivent souvent le médecin comme faisant partie du système répressif de la société. De son côté, le médecin peut mal supporter ces patients opposants qui, au cours de leur hospitalisation, réussissent toujours à introduire de la drogue et font du prosélytisme, et dont la continuation du traitement à l'extérieur, une fois passé le temps de l'accrochage psychothérapique nécessaire et du sevrage voulu, posera toujours des problèmes.

Devant ces difficultés, ce travail voudrait apporter une part de compréhension au problème de l'usage de la drogue, en se plaçant du côté du sujet qui s'y adonne, à partir de l'étude d'un cas. Ce cas est celui d'un jeune homme de 23 ans, dont l'anonymat sera préservé de toutes les manières possibles, et que nous appellerons Pierre.

Pierre s'adonne au haschich et à diverses autres drogues depuis 18 mois quand il part en Afghanistan et au Pakistan. Au cours de son voyage, où il fait une consommation très importante de haschich, il présente un épisode oniroïde avec

troubles du comportement, qui aboutit à une hospitalisation de 15 jours à Rawalpindi, d'où il est rapatrié en France. Quelques jours après son retour à Paris, à la suite de nouveaux troubles du comportement, il est admis dans un service de psychiatrie de la Seine et y présente un accès psychotique. Il sort au terme de 25 jours d'hospitalisation et, quelques semaines après, alors qu'il est suivi en post-cure, Pierre décide d'entreprendre un traitement psychanalytique. C'est alors que je rentre personnellement en contact avec lui pour une psychothérapie qui durera plusieurs mois.

L'étude du cas de Pierre a été faite en commun, dès le début de son hospitalisation, au cours des séances hebdomadaires de régulation de l'équipe du service, équipe dont l'activité s'exerce tant dans le cadre de l'unité d'hospitalisation et de sa consultation que dans celui du dispensaire du secteur.

Cette collaboration a permis une double approche psychiatrique et psychanalytique de certains des problèmes posés par le cas de Pierre, correspondant schématiquement à deux moments :

Au moment de l'hospitalisation correspond l'approche psychiatrique du problème d'un état schizophréniforme survenant dans le cadre d'une intoxication prolongée par une drogue dysléptique : s'agit-il d'une psychose évolutive latente révélée par l'intoxication, ou d'une psychose toxique induite par des

doses massives et répétées de drogues hallucinogènes ?.

Au moment de la post-cure et de la psychothérapie correspond l'approche psychanalytique de la structure de la personnalité de Pierre et de la compréhension de son appétence pour la drogue.

Notre exposé sera facilité par l'abord successif de ces deux approches ainsi séparées artificiellement, mais correspondant de fait à deux moments de l'histoire de ce cas et de sa compréhension par l'ensemble de l'équipe.

A P P R O C H E P S Y C H I A T R I Q U E

Nous commençons donc par accueillir Pierre à l'hôpital, et nous nous référons à l'observation et aux certificats qui ont été établis à cette période. Il est adressé dans le service, sous le régime du placement volontaire, par le C.P.O.A., l'amie qui est avec lui depuis quelques mois l'ayant accompagné à Henri-Rousselle.

Circonstances d'hospitalisation.

A son arrivée, il présente un trouble important du contact affectif : il est lointain, distant, parfois à la limite de l'impulsivité. Flou de la pensée et relâchement des associations sont notées dans l'observation. D'emblée, Pierre fait part de préoccupations mystiques et se livre à des jeux verbaux et gestuels sur le zéro (figuré par l'accolement du pouce et de l'index gauches) et le un (représenté par un pipeau qu'il tient dans la main droite et qu'il fait pénétrer dans le zéro). Très réticent, il veut sortir immédiatement, et devient très agressif devant le refus qui lui est proposé.

Pierre est accompagné de son père et de son amie. Le lendemain matin, on aura la visite de sa mère et l'on recueillera ainsi un certain nombre d'indications biographiques par ces trois personnes.

Actuellement âgé de 23 ans, Pierre a commencé à se singulariser, aux yeux de ses parents, à l'âge de 17 ans. Il fait alors une première fugue en Allemagne pour y retrouver une petite amie, rencontrée à l'occasion d'un échange scolaire. Cette fugue coïncide avec la naissance de son frère cadet. A la fin de l'année Pierre est reçu à sa première partie de bac, mais sera recalé l'année suivante à la deuxième partie.

Il prépare alors l'Ecole des Arts Décoratifs, mais sans aller aux cours. Le service militaire, effectué à la Martinique comme secrétaire, se passe apparemment sans histoires, quoique très arrosé.

Au retour, il habite épisodiquement chez ses parents et ne travaille pas. Il part sans explications pour des voyages plus ou moins longs en Allemagne, au Danemark, à Ibiza, à Istamboul. Dans le même temps, il commence à fréquenter assidûment le quartier Saint-Germain des Prés et il ne tarde pas à s'adonner au haschich et aux amphétamines.

Au bout de quelques mois, il finit par ne plus quitter sa chambre et il reste étendu plusieurs jours dans l'obscurité et la fumée des bâtons d'encens. Peu de temps après son voyage à Istamboul, ses parents, inquiets de son attitude, le font hospitaliser à Henri-Rousselle. Pierre y restera 6 semaines et ne tardera pas à abandonner la psychothérapie alors entreprise avec Madame L., et à retrouver ses amis du "Quartier".

Il y a cinq mois, Pierre fait la connaissance de Jeanne, son amie, et ils partiront ensemble au Pakistan deux mois plus tard. Là-bas, ils fument du haschich presque continuellement, et un délire apparaît chez Pierre au bout de quelques semaines : toutes les sources de lumière, le soleil, la lune, le menacent. Il est suivi. On veut les tuer, Jeanne et lui. Au cours des épisodes hallucinatoires il se montre volontiers impulsif. Il finit par être hospitalisé à Rawalpindi et est rapatrié en France après quinze jours de traitement.

Depuis dix jours, il était chez ses parents avec Jeanne. Il semblait amélioré mais le dimanche précédent il recommence à fumer avec des camarades. L'après-midi, il va aux Puces avec Jeanne et là, il veut vendre ses habits, pleure, vole à un étalage et se montre très agressif avec le vendeur. Le lendemain, Jeanne arrive à le convaincre de la suivre à Henri-Rousselle...

Entourage.

Le PERE a une petite entreprise de couverture-plomberie. Il dit avoir peu de contacts avec son fils, et il estime qu'il n'y a pas de problèmes familiaux particuliers. Sa femme le présente comme un homme qui n'a pas réussi et qui fréquente beaucoup les cafés, un éthylique qui n'a jamais travaillé régulièrement et a été traité en clinique quelques années auparavant pour une "dépression nerveuse".

La MERE est infirmière à l'A.P.. Sa ressemblance avec son fils est frappante. Elle fait semblant d'ignorer que son fils se droguait. "C'est elle qui fait marcher la maison sur tous les plans", dit Jeanne.

L'AMIE, elle, est très anxieuse. Le médecin qui la reçoit la perçoit comme "une personnalité très névrotique mais assez bien compensée". Elle s'adonnait déjà à la drogue avant de connaître Pierre, mais elle n'a jamais présenté de réactions adverses (1). Elle travaille actuellement dans un bureau et vit chez les parents de Pierre en attendant de trouver une chambre. Elle dit être guérie de son goût pour les "voyages" par l'état de Pierre, et chercher à tout prix à retrouver une vie normale. Dès cette première entrevue, elle insiste sur les problèmes sexuels de Pierre : il souffre d'éjaculation précoce. Au Pakistan les rapports sexuels ont été plus satisfaisants, mais Pierre exprime souvent la peur de devenir impuissant.

Evolution au cours de l'hospitalisation.

Au cours des deux premiers jours d'hospitalisation, le traitement est de 50 mg IM de chlorpromazine et de 75 gouttes PO de lévopromazine. Aucun contact n'est possible ; Pierre réclame avec violence ou pathos sa sortie, et c'est tout.

.../...

(1) Voir page 17 de ce travail et bibliographie n° 44.

A partir du troisième jour, Pierre est plus abordable. Il dessine, fait des collages, prend des poses yoga. Le commentaire de ses dessins l'entraîne immédiatement dans l'exposé de tout un système délirant : les pyramides, le zéro et le un, le soleil et la lune. Les éléments du discours sont rattachés entre eux par des jeux symboliques ou des allitérations d'apparence logique. Il s'interrompt pour répéter et mimer certains mots (le serpent, la détente), probablement en rapport avec une activité délirante. La pensée est pauvre et stéréotypée. Pierre ne critique pas son état. On remplace les injections de chlorpromazine par 100 gouttes PO.

Les jours suivants, Pierre est nettement amélioré. Il a conscience d'une reprise de contact avec le réel. A l'aise dans une relation passive et infantile avec son médecin, il commence à exposer des projets pragmatiques pour sa sortie, mais le passage à des jeux verbaux et allitératifs reste facile. Il continue à exécuter des dessins, des collages, des montages divers, qui expriment toujours le même système délirant cosmique.

Quinze jours après son arrivée, on remplace le lévomazine par 30 gouttes d'halopéridol. Il commence à se montrer impatient. Il a des accès de colère au cours desquels il se montre très agressif. L'instant d'après, il se met en posture de prière bouddhique devant de petits objets, des morceaux de bois, de carton, de plastique, qu'il a réunis entre eux. Il reste

ainsi en oraison pendant une demie-heure à une heure, puis devient calme et souriant.

A la fin de la troisième semaine d'hospitalisation, Pierre semble beaucoup mieux. Il raconte sa vie. Il s'ennuie dans le service, fréquentant régulièrement l'atelier de menuiserie, mais sans y participer vraiment. Il n'a plus guère d'intérêt pour ses occupations de dessin ou de montage d'objets.

Finalement, au terme de 25 jours d'hospitalisation, sa sortie d'essai est décidée. Elle semble en effet possible, du fait de son amélioration et de la bonne relation entre Jeanne et Pierre. Encore sous traitement neuroleptique, il sera suivi en post-cure à la consultation du service.

Le problème diagnostique.

Il convient maintenant d'envisager le problème diagnostique, tel qu'il s'est posé à ce moment-là à l'équipe du service. Les questions ont tourné autour de l'hypothèse d'une schizophrénie incipiens, dont on pouvait se demander si elle était latente, antérieure à l'intoxication et révélée par celle-ci, ou au contraire induite par la drogue, l'intoxication étant alors l'équivalent d'un processus endogène psychogénétique.

Il est intéressant de reproduire ici le certificat de quinzaine : "Etat d'onirisme toxique aigu (haschich). Persistance de préoccupations mystiques issues des expériences oniriques (actuellement présentées comme des jeux de l'esprit), dont la cohérence à une personnalité faible, à un vécu décousu égocentrique et aléatoire depuis l'adolescence, impose la probabilité d'un processus schizophrénique".

On aura noté ses nuances. En effet, s'il était impossible de ne pas penser à la schizophrénie devant ce cas, on avait l'impression qu'il manquait quelque chose au tableau pour rappeler de façon indiscutable un des modes d'entrée habituels dans la maladie.

A ce propos, il est intéressant de noter que Jeanne, avant de connaître Pierre, avait vécu quelque temps avec un garçon suivi comme schizophrène dans un service de psychiatrie parisien. Le comparant avec Pierre, elle dit : "Avec Pierre, ce n'est pas la même chose ; ce n'est pas un vrai schizophrène, lui". Ce qui est dit là empiriquement reflète bien l'impression du personnel du service : il manquait quelque chose au tableau pour constituer une schizophrénie.

Psychose cannabique ?.

Pouvions-nous alors parler de PSYCHOSE CANNABIQUE ?

.../...

Ces psychoses ont été abondamment décrites. Depuis Moreau de Tours, dont le livre célèbre (1), paru en 1845, expose à la fois des analyses sémiologiques, une doctrine psychopathologique, et les bases de la psycho-pharmacologie et de la chimiothérapie, il n'a en effet pas manqué d'auteurs pour s'intéresser aux troubles mentaux en rapport avec l'usage du chanvre indien.

Parmi ces travaux, certains concernent des populations où l'usage du haschich est un phénomène culturel. Il existe dans ces pays un cannabisme chronique, comparable à l'alcoolisme chronique en France, et "beaucoup de gens y usent du haschich avec modération" (Porot). Dans ce contexte, l'habituelle cigarette de kif ne saurait davantage constituer un haschichomane que le verre de vin ne fait un alcoolique

.../...

(1) Du haschich et de l'aliénation mentale. Bibl. n° 58.

chez nous. Mais les excès (1) peuvent entraîner des épisodes aigus et des psychoses prolongées où "la discordance et les troubles du comportement, des survivances oniriques ou des thèmes délirants pauvres, une carence du jugement et un apragmatisme font penser à une psychose dissociative avec affaiblissement intellectuel, et porter le diagnostic de démence précoce" (2).

.../...

(1) La manière dont ces excès sont stigmatisés par les auteurs de ces travaux n'est pas sans rappeler "toute une littérature pseudo-scientifique de la fin du XIX^e siècle, qui obscurcit les problèmes étiologiques et pathogéniques (de l'alcoolisme) par des considérations moralisantes et passionnées, reliées étroitement à la théorie régnante sur la dégénérescence : l'alcoolisme est un vice, apanage des dégénérés, qui conduit à la folie..." (p. 395 du Manuel de Psychiatrie de MM. Ey, Bernard et Brisset, 33). Pour Mazhar Osman, en 1934, ces excès concernent "les apaches, les habitués, hommes et femmes, des maisons de passe, les matelots et les élèves des arts et métiers, le haschich n'étant que le moyen d'ivresse de la pègre en Orient" (57). Pour A. Porot, en 1942, on rencontre de tels excès "chez certains de nos Musulmans, gens primitifs, le plus souvent apathiques et paresseux" (62).

(2) A. Porot, 62, p. 18.

Le travail le plus récent de cette série est celui de B. Sigg (1). Il comporte une étude détaillée des complications psychotiques du cannabisme. Conscient de la difficulté posée par les autres facteurs étiopathogéniques, il propose, pour la détermination de la psychose cannabique, trois critères qu'il reconnaît cependant comme non absolus :

- 1) L'absence de structure morbide de la personnalité et d'antécédents psychopathiques avant le début de l'intoxication chronique par le cannabis.
- 2) La nette antériorité du cannabisme par rapport aux complications psychiatriques et la présence de signes physiques caractéristiques (l'absence de mydriase et la poursuite des troubles après une abstinence prolongée permettant d'écarter l'ivresse cannabique).
- 3) L'existence d'accès ou de rechutes clairement secondaires à des excès inhabituels.

En réalité, prend soin de préciser Sigg, les cas où le cannabisme n'est qu'un élément surajouté ou une manifestation accessoire d'une psychose intercurrente sont difficiles à écarter.

Son étude porte sur 110 cas qu'il répartit en 46

.../...

(1) "Le cannabisme chronique, fruit du sous développement et du capitalisme" 1963, n° 74.

schizophrénies, 14 délires chroniques et 50 psychoses aiguës. Pour ce qui est de ces "schizophrénies cannabiques", aussi bien les distorsions du vécu temporel et la discordance affective que la discordance psycho-motrice et le délire sont appréciés par l'auteur "comme étant absolument identiques à ce qui est décrit par M. Henri Ey dans les schizophrénies non-cannabiques".

Il faut toutefois préciser que B.Sigg n'a de renseignements concernant le début de la maladie que dans 20 cas, qu'il dit ne pas parler l'arabe et donc n'avoir pu communiquer avec la plupart des malades, et qu'enfin et surtout les conditions familiales de la majorité de ses malades étaient identiques à celles qui sont classiquement décrites chez les futurs schizophrènes (ambivalence maternelle, carence paternelle, régression des relations mère-enfant). Cette dernière constatation ne semble pas pour autant lui avoir fait remettre en question toute sa perspective. Il est vrai que l'orientation de son travail est clairement indiquée par son titre : "Le cannabisme chronique, fruit du sous-développement et du capitalisme".

Une autre série de travaux porte sur les troubles mentaux consécutifs à l'intoxication au haschich, que l'on peut observer chez les sujets occidentaux qui s'adonnent à cette drogue. Ces travaux sont généralement très récents, contemporains du phénomène actuel de l'extension de la

drogue.

Les auteurs américains ont beaucoup étudié ce qu'ils appellent les "réactions adverses" à la marijuana. Ils décrivent essentiellement des états psychotiques aigus avec confusion, dépersonnalisation, état dépressif ou délire de persécution. Ils les estiment peu fréquents par rapport au grand nombre d'usagers tant aux U.S.A. que chez les militaires américains au Viet-Nam. La plupart de ces auteurs pensent que la marijuana n'a pas d'effets psychopathologiques fonctionnels, et qu'elle peut seulement les précipiter chez des individus prédisposés. L'un d'entre eux, M. H. Keeler, estime que la poly-intoxication à la marijuana, aux amphétamines et au LSD pourrait déterminer une schizophrénie (44).

Deux auteurs français, B. Defer et L. Diehl, ont décrit en 1968, à partir de 560 observations (23 et 24), des psychoses cannabiques aiguës pouvant survenir en cas de consommation habituelle et importante. Les formes oniroïdes sont les plus nombreuses, durant de quelques jours à six semaines, comportant une véritable organisation et une élaboration plus ou moins achevée du vécu oniroïde, enrichi par des expériences délirantes et hallucinatoires. Des thèmes délirants prévalents infiltrent souvent le vécu oniroïde, qui entraînent habituellement l'adhésion absolue du sujet. Il s'agit de thèmes de persécution ou de dépersonnalisation

douloureuse, et moins fréquemment de thèmes mégalomaniques. La fréquence des éléments de discordance (56 % des cas) peut faire parler de pseudo-démence précoce, mais les auteurs n'ont jamais observé d'élaboration secondaire ou de régression profonde durables, ayant abouti à la constitution d'un monde autistique schizophrénique, et les psychoses cannabiques qu'ils décrivent n'ont jamais présenté de mutation schizophrénique véritable, que l'on peut définir par une tendance évolutive spécifique.

Après la recension de ces différents travaux sur les psychoses cannabiques, nous sommes à même de discuter ce diagnostic dans le cas de Pierre. Si nous nous reportons à son observation, nous avons, bien entendu, la notion d'un usage important et régulier de haschich et d'accès secondaires à des excès inhabituels. Lors d'un voyage à Istamboul, une année auparavant, après avoir fumé sans interruption pendant trois jours, il avait présenté un premier accès aiguë avec délire de persécution. Très angoissé il rentre précipitamment en France.

Au cours de son voyage en Afghanistan et au Pakistan, l'état oniroïde s'est installé progressivement au bout de quinze jours de consommation importante de haschich. Outre les expériences oniriques, il décrit des thèmes délirants persécutifs (ils sont menacés par les lumières, on veut les tuer, Jeanne et lui) et également mégalomaniques (il est le Christ, il peut discerner la signification cachée de

toutes choses, il peut tout expliquer).

Ainsi, au plan de la notion d'intoxication et du caractère déclanchant des accès ou rechutes par des excès inhabituels, comme au plan de la symptomatologie, de la durée et du caractère rémittent des accès, il semble que l'on puisse parler facilement de psychose cannabique aiguë dans le cas de Pierre. Mais, si l'on s'en tient aux critères proposés par B. Sigg, reste l'importante question de ses antécédents psychopathologiques, avant le début de l'intoxication chronique par le cannabis et autres drogues à l'occasion.

Rappelons-les brièvement : fugues soudaines et répétées, diminution du rendement scolaire en classe terminale avec échec au deuxième bac et abandon des études, suivi d'une grande instabilité (trois mois de préparation aux Arts Décoratifs, puis différentes places aux Halles, dans les gares parisiennes, chez un décorateur, à l'A.P., stages épisodiques dans la petite entreprise de son père) et pour finir apragmatisme à peu près total avec désintérêt et indifférence affective. Si l'on ajoute les troubles du comportement sexuel à l'ensemble de ces antécédents, il semble que nous devions reconsidérer les éléments du diagnostic et, dans la mesure où l'on a qualifié l'épisode actuel de syndrome schizomorphe, nous reposer la question d'une schizophrénie incipiens.

L'appoint toxique, par la décompensation qu'il aurait entraînée aurait alors révélé une schizophrénie

latente.

Ou schizophrénie incipiens ?.

Dans cette perspective, nous pouvons envisager les différentes déterminations étiopathogéniques du PROCESSUS SCHIZOPHRENIQUE, telles qu'elles ont été classiquement décrites en psychiatrie :

- L'âge. Pour sa mère, "Pierre a commencé à décrocher au cours de la classe terminale", et sa première fugue date de cette époque. Il a actuellement 23 ans.
- Le biotype. Pierre répond au type leptosome de Kretschmer.
- L'électro-encéphalogramme. Celui qui a été pratiqué lors de l'entrée de Pierre dans le service montre un "rythme alpha occipital de 10 c/s bien dessiné, normalement volté, symétrique. Réactions d'arrêt visuel normales. L'hyperpnée favorise la diffusion du rythme alpha. La stimulation lumineuse intermittente entraîne les rythmes occipitaux. Conclusion : tracé normal".
- Famille. Pas d'antécédents psychiatriques chez les grands-parents et les collatéraux. Le jeune frère de Pierre, âgé de 6 ans, ne pose apparemment pas de problèmes.

Nous avons déjà parlé des parents de Pierre et du couple particulier qu'ils forment, lui alcoolique de cabaret, elle surveillante à l'A.P.. Nous savons qu'à la maison c'est la mère qui fait la loi. Pierre est très attaché à sa mère, qui l'a toujours défendu et protégé contre son père. Elle l'a toujours accueilli à la maison après ses fugues, lui a souvent trouvé du travail, et l'a même fait entrer à l'A.P. comme garçon de salle. Après l'échec de cette tentative, c'est elle qui a pris l'initiative de le conduire chez un psychiatre qui prescrira des neuroleptiques et six mois d'arrêt de travail. Pour en rester à ce point de vue descriptif, disons que ceux des membres de l'équipe soignante qui ont eu affaire avec la mère de Pierre ne l'ont pas perçue comme une "mère de schizophrène" typique.

- Tests projectifs. Il me semble intéressant de donner ici in extenso le compte-rendu de l'examen psychologique qui a été pratiqué quelques jours après l'arrivée de Pierre dans le service :

Comportement : On ne sait trop si P. est naturel ou s'il joue la comédie. Prend des attitudes yoga, paraît assez impulsif. Les problèmes personnels interfèrent continuellement devant les tests, mais il supporte très bien qu'on le remette en face des tests, pour peu qu'on fasse preuve d'autorité.

Rorschach : 42 réponses en 16 minutes, ce qui est très rapide. Il a du mal à rester près des planches, il s'évade vers des interprétations abstraites et symboliques : "la vie, la mort, la naissance-ça fait-mal, les beatniks, V comme vie et victoire, comme Vercingétorix". L'ensemble est donc souvent subdélirant, tout particulièrement devant les planches couleurs qu'ils trouvent très jolies, mais qui le troublent jusqu'au délire. En dehors de ces interprétations, il reste capable d'une certaine adaptation. Les formules :
6 K : 12 C

1 - K : 4,5 E sont toutes les deux extratensives : la première est tout à fait dilatée, à l'image du malade qui est dans une période aigüe.

Structure intellectuelle : P. est capable d'analyse et de synthèse valables. Les formes sont bonnes à 90 % quand la couleur n'intervient pas. Les contenus sont variés, un peu trop, de même que les banalités sont en trop petit nombre. La succession est désordonnée. Donc les fonctions intellectuelles paraissent bonnes quand l'activité subdélirante n'intervient pas, quoique la socialisation se fasse insuffisamment. Ceci est confirmé par les 6 kinesthésies qui sont bonnes : le mouvement est perçu, mais il les gâte souvent dans un deuxième temps en y plaquant une interprétation symbolique. Il a certainement une grande richesse d'imagination et quelques ressources non utilisées.

Structure affective : L'affectivité est riche, exprimée, mais très impulsive (5 couleurs pures). Il ne se contrôle pas et paraît capable de décharges brutales. Labile, égocentrique, il est envahi par un monde symbolique. Le problème sexuel est clairement exprimé. A la planche de l'agressivité, il voit "la naissance, ça fait mal", et il voit Hiroshima, du sang, du noir "marc de café". Les pulsions sont alors chargées d'angoisse diffuse, archaïque.

La virilité lui fait peur, l'image paternelle est monstrueuse, "un cyclope aux yeux crevés".

L'image féminine est plus bénéfique, mais il voit à la planche maternelle "deux jeunes filles précieuses qui font l'amour, qui se séparent, qui sont tenues par le sexe uniquement, des lesbiennes".

Enfin, un trait permanent est l'ambivalence. "La mort, la naissance ; le bleu c'est l'homme, c'est la mère ; deux jolies figures écartelées ; deux animaux qui vont se tuer, ou vivre, etc..".

Dans la perspective de ce travail, nous avons revu avec la psychologue le protocole détaillé du test. Il nous a alors semblé que, s'il y avait un grand nombre de réponses, de grandes variations de réponses, un temps de réaction diminué, de nombreuses références aux organes sexuels (planche I: "un sexe de femme noir et blanc, non il est rouge" ; planche

II : "bite beatnick" ; planche III : "le rouge au milieu, sexe de femme, c'est évident" ; planche VI : "un sexe avec le gland" ; planche VIII : "le sexe féminin, symbole de la vie"), il n'y avait pas de fragmentation, d'isolement, de séparation des parties de la planche, ni de formes géométriques ou anatomiques ou ostéologiques qui auraient reflété le caractère abstrait rigide et desséché d'une expérience de morcellement.

Voici maintenant le compte-rendu du T.A.T. :
Le T.A.T. est encore plus délirant. Des jeux de mots, des interférences personnelles, des descriptions, des projections directes : "c'est ma mère". Il est pratiquement impossible de coter ce test : il est incapable de construire une histoire. Quand on insiste, il refuse.

Son Père : comme au Rorschach, il est agressif, castrant : "un jeune homme homosexuel opéré par son père".

Sa Mère : il regrette de ne plus être "dans le ventre de sa mère", il veut "couper le cordon ombilical".

Sa Grand-Mère : ambivalence vis-à-vis de cette femme qui l'a couvé, mais lui fait maintenant des leçons de morale.

Le Grand-Père : seule image valable pour l'identification. "Je l'aime, c'est un artiste, il fait des bijoux ; il a travaillé toute sa vie".

L'entourage : on ne trouve pas d'autre entourage que les personnes citées plus haut. Cela ne l'intéresse pas. Ou alors,

cela devient des personnages symboliques : le semeur, la semeuse.

Lui-même : il se voit comme un fou, ou comme un imbécile, deux fois comme "un homosexuel qui s'est beaucoup masturbé". Il a un désir très puissant d'être viril, d'être un homme responsable, mais il est en réalité très passif et dépendant. Là aussi, on note l'ambivalence : "il sait ou ne sait pas faire l'amour"; "un enfant sait tout ou ne sait rien", "j'ai un bon docteur, mais ce n'est pas mon père... d'ailleurs je suis un homme, alors mon père...".

Au total, la psychologue conclut ainsi : "Malade délirant dont les traits les plus caractéristiques sont l'ambivalence, l'impulsivité, la dépendance... Pourtant des possibilités existent, mais il est actuellement très difficile de faire un pronostic".

Ainsi, au terme de notre enquête sur les différentes déterminations étiopathogéniques du processus schizophrénique, nous ne pouvons parler de convergence en faveur de ce diagnostic : seuls l'âge et le biotype constitueraient des facteurs de prédisposition, le problème de la famille devant être plus approfondi. Par ailleurs, la régression rapide des éléments du syndrome et l'absence d'évolution déficitaire au cours de l'année qui a suivi ne sont pas non plus en faveur d'un processus schizophrénique (où l'intoxication au cannabis aurait été

l'équivalent d'un processus endogène psychogénétique). Il semble plutôt qu'il faille reconsidérer les éléments du syndrome clinique. Certes le tableau a pu être similaire à celui que l'on peut observer au cours de certaines schizophrénies, mais on ne peut pas dire qu'il correspondait à un tableau habituel de schizophrénie incipiens. Il y manquait quelque chose, avons-nous dit : un certain bizarre, un certain inharmonieux. M. Bleuler (1) a remarqué que, lorsque c'est un schizophrène qui prend une drogue hallucino-gène, on fait très bien la différence entre ce qui est du ressort de la drogue, et ce qui est du ressort de la schizophrénie ce que nous avons pu observer nous-même chez un autre jeune, hospitalisé à deux reprises dans le service. Quant à M. Delay (2), il estime que les drogues dysléptiques ne reproduisent pas le processus schizophrénique, même s'il y a des ressemblances entre état aigu au cours des modes de début de la schizophrénie et état aigu post-toxique, dans lequel le syndrome de dépersonnalisation, avec flou et troubles du cours de la pensée, et le syndrome confusionnel, avec troubles des associations et des synthèses, peuvent rappeler de très près la dissociation schizophrénique.

Reste l'hypothèse d'une détermination pathogénique biochi-

.../...

(1) Biblio. n° 9.

(2) Biblio. n° 9.

mique des psychoses, non encore confirmée, du fait de la difficulté à mettre en évidence de façon décisive les troubles métaboliques, hormonaux et humoraux dans les psychoses endogènes.

Conclusion de l'approche psychiatrique.

Au terme de cette approche psychiatrique du cas de Pierre, nous constatons que nous avons buté une première fois sur la question des "antécédents psychopathologiques", dans la discussion du diagnostic de psychose cannabique. Après avoir alors considérer les choses sous l'angle de ce que certains auteurs appellent la "personnalité préschizophrénique" pour discuter le diagnostic de schizophrénique incipiens, il semble bien que nous butions encore sur ce problème des "antécédents", sans avoir vraiment abordé pour autant les questions posées par la personnalité de Pierre.

Cependant, nous voyons bien que, qui dit usage toxiphile d'une drogue dysléptique, dit appétence pour cette drogue, et que cette appétence doit comporter des déterminations. Pour comprendre ces déterminations, il nous faut certainement dépasser le cadre des symptômes entraînés par l'usage excessif de la substance hallucinogène pour nous situer au niveau du sujet qui s'y adonne.

Dans le cas présent, il semble que nous ne devons

pas nous laisser fasciner par le haschich et ses effets, mais nous intéresser à Pierre, pour entrer davantage dans la compréhension de ses motivations et de ses buts quand il en use et abuse. C'est dans une perspective psychanalytique que nous allons maintenant tenter cette approche au niveau du sens et de la signification des symptômes que nous avons décrits.

Après Freud, nous savons en effet qu'"alors que la psychiatrie ne se préoccupe pas du mode de manifestation et du contenu de chaque symptôme, la psychanalyse porte sa principale attention sur l'un et sur l'autre et a réussi à établir que chaque symptôme à un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade" (1).

(1) Biblio. n° 38, Chap. 17 "Le sens des symptômes, p. 239.

A P P R O C H E P S Y C H A N A L Y T I Q U E

Nous savons que, trois mois après sa sortie de l'hôpital, Pierre fait part au médecin qui le suit en post-cure de son désir de commencer une "vraie psychothérapie". Il n'a plus de traitement chimiothérapique à cette époque et il travaille régulièrement comme manutentionnaire dans une entreprise de transports, emploi assez pénible mais dans lequel il demeurera fixe les mois suivants.

C'est à ce moment que je rencontre Pierre pour la première fois, et, lors de notre prise de contact il me fait part des motivations explicites de sa démarche : il estime que seule une psychothérapie en profondeur pourrait l'aider à y voir plus clair dans ses problèmes, qui sont suffisamment importants pour l'avoir déjà conduit à deux hospitalisations ; il voudrait améliorer ses relations interpersonnelles, dans lesquelles il se trouve très inhibé ; enfin son amie a commencé une psychothérapie depuis un mois, et il lui semble nécessaire d'évoluer également de son côté.

Le traitement psychologique alors entrepris est très précisément une psychothérapie analytique, telle qu'elle est définie par V. Smirnoff dans son article sur les "Quelques problèmes que pose au psychanalyste la pratique dispensoriale" (75). On sait que le but d'une telle

psychothérapie est de permettre au sujet d'accéder aux motivations de ses conduites et à la signification de ses symptômes. Le rythme des séances sera de deux entretiens (en face à face) par semaine. Pierre mettra fin au traitement au bout de sept mois.

Symptomatologie fétichiste.

Il n'est pas question de rendre compte ici du déroulement du processus psychothérapique, et nous ne retiendrons de l'ensemble du matériel des séances que ce qui est essentiel à la compréhension de la structure psychologique de Pierre.

C'est ainsi qu'au bout de six mois de traitement, Pierre est amené à parler d'un aspect particulier de sa vie sexuelle : il a une curiosité insatiable pour les jambes et les cuisses des femmes. Cette curiosité est aussi ancienne que la masturbation, qu'il a toujours pratiquée, aussi loin qu'il s'en souvienne. Depuis l'enfance, il a toujours été aux aguets, pendant les classes des professeurs femmes, dans les transports en commun, dans la rue. Il lui arrivait même d'aller rue Saint-Denis, seulement pour regarder les jambes des filles. "C'est toute une progression en remontant à partir des pieds", explique-t-il, et, s'il parvient à apercevoir une jartelle, il doit rentrer précipitemment chez lui pour se masturber longuement. La masturbation

dans ces conditions est la forme d'activité sexuelle qu'il préfère, et il y trouve beaucoup plus de plaisir qu'au cours des rapports sexuels. Pendant les mois au cours desquels il n'a pratiquement pas quitté sa chambre, il se masturbait ainsi souvent devant la glace, en évoquant ces images et en s'introduisant divers objets dans le rectum.

Au cours de séances antérieures, Pierre avait déjà évoqué différents comportements de la série perverse : à 18 ans, il fréquente des boîtes pour pédérastes du quartier Montparnasse avec un camarade de lycée, et il a eu depuis plusieurs rapports homosexuels ; l'année suivante, il a quelques semaines une liaison de type sado-masochiste avec une fille nettement plus âgée que lui ; diverses activités de groupe enfin. Mais, avec cette séance (et le fait qu'elle soit tardive correspond à la remarque de Freud que le fétiche est toujours une découverte secondaire au cours d'une cure), apparaît une symptomatologie fétichiste franche, qui nous renvoie à une perversion sexuelle à laquelle correspond une structure psychologique particulière.

La structure fétichiste.

Cette structure a été magistralement définie par Freud, dans son article de 1927 sur "le Fétichisme", par le désaveu de la différence des sexes et la scission du Moi. Plus récemment, elle a fait l'objet d'une étude approfondie

dans les travaux de P. Aulagnier, J. Clavreul et G. Rosolato, que j'ai recensés dans ma bibliographie, et auxquels je me réfère explicitement. C'est à la compréhension de cette structure que nous devons d'abord nous attacher.

Le désaveu.

Pour Freud, "le fétiche est un substitut du pénis de la mère, auquel l'enfant a cru et auquel il ne veut pas renoncer" (41, p. 133). Devant la première rencontre visuelle avec ce qui devrait le conduire à admettre la différence des sexes, le petit garçon préfère le fantasme que tous les êtres humains, y compris les femmes, ont un pénis, fantasme qui n'est là que pour tempérer celui selon lequel il pourrait être castré par le père.

Mais, alors qu'"il n'est probablement épargné à aucun être masculin de ressentir la terreur de la castration, lorsqu'il voit l'organe génital féminin", et que "l'énorme majorité surmonte cet effroi" (id., p. 135) et dépasse ce stade infantile, le fétichiste va s'en tenir à une position de désaveu, et de la castration, et de la différence des sexes.

C'est au moment du traumatisme de la vue du sexe féminin qu'a lieu un premier désaveu, qui comporte l'affirmation simultanée de deux formules opposées : la femme a un pénis - donc elle n'a pas été castrée -, et la femme a été castrée par le père - donc elle n'a pas de pénis -. Ce

dernier désaveu est refoulé en tant qu'événement historiquement daté, mais il laisse un "stigma indelible", qui est "la stupeur devant les organes génitaux réels de la femme" (id., p. 135).

Ainsi Pierre ne nie pas la différence des sexes au plan de son expérience quotidienne, mais il est conscient par ailleurs d'un certain dégoût pour le sexe de la femme. Ses premiers rapports sexuels n'ont été possibles que parce qu'Elsa, sa petite amie allemande, portait des jartelles. Actuellement, il craint toujours que Jeanne lui demande de faire l'amour, ce qui ne lui est vraiment possible qu'après avoir pris de la drogue. Lors d'un "voyage" au LSD, il a vu le corps nu de Jeanne horrible, couvert d'écailles, alors que le sien était très beau, merveilleusement coloré.

Avec G. Rosolato, on peut dire que ce qui est refoulé, c'est l'horreur de la castration, et que le retour du refoulé est cette aversion pour le sexe féminin. D'autre part, c'est le souvenir lui-même, avec les circonstances du traumatisme visuel, qui est refoulé, et il y a retour, persistance de l'élément visuel, déplacé sur le fétiche.

Il faut également signaler ici que Pierre, quand il a pris du haschich ou des amphétamines, passe parfois des heures à essayer de rentrer ses organes génitaux à l'intérieur de son corps : "ils ressemblent alors à ceux d'une femme", dit-il ; une femme dont le pénis serait à l'intérieur, invisible parceque caché. Cette conduite me semble maté-

rialiser " la bisexualité fantasmatique d'une androgynie équipollente", dont parle également Rosolato (1).

La scission du Moi.

Le désaveu maintient donc deux croyances contradictoires au sujet de la castration de la femme. Quant à la scission du Moi, Freud la définit par deux courants de vie mentale, l'un fondé sur la réalité (la perception malencontreuse), et l'autre sur le désir (la force du souhait opposé). "Le compromis atteint entre ces deux courants n'est possible, dit-il, que sous la domination des lois inconscientes de la pensée, le processus primaire" (41, P.137), qui a justement cette propriété de réunir les contraires, comme on peut l'observer dans les rêves par exemple. Le fétiche est la contre-partie de cette scission du Moi du sujet, et "on voit maintenant ce que le fétiche accomplit et ce par quoi il est maintenu. Il demeure le signe d'un triomphe sur la menace de castration et une protection contre cette menace" (id., p. 135).

En tant qu'objet, le fétiche, coupé de son appartenance corporelle, mais dans une continuité rappelée avec le corps, re-

.../...

(1) 68, p. 25. On pourrait également analyser cette conduite à partir des considérations de B. Bettelheim sur l'envie que le sujet d'un sexe donné éprouve pour les organes et les fonctions sexuels du sexe opposé (n° 8, pp. 19, 21, 32)..

présente le point d'arrêt du regard sur le chemin menant à l'absence de pénis, au manque. Cet objet, "quel qu'il soit, sert de cache, est un voile qui laisse supposer et donne à voir à travers son prosaïsme, voile d'abord posé sur un corps", nous dit G. Rosolato, qui souligne en outre l'oscillation entre l'effet métonymique de l'objet-fétiche (il n'est que ça, ce rien) et son dépassement métaphorique dans le plein-de-sens du pénis maternel, oscillation qui n'est pas sans amener, chez le sujet, la résonance de sa refente (1). C'est également ici qu'il faudrait introduire le narcissisme du fétichiste, qui trouve à s'aimer lui-même, mais dont l'unité est perturbée par la scission. A propos de tel comportement de Pierre, on aura sans doute déjà pensé à ce narcissisme. Au total, le fétiche est donc ce qui empêche de voir (la différence des sexes, l'absence de pénis). Il permet que l'on s'arrête à autre chose ; il vient nier la castration et recouvrir le manque.

La configuration oedipienne et les identifications.

Mais, "si le désaveu et la scission du Moi qu'il présuppose sont considérés comme le trait spécifique de la

.../...

(1) Rosolato, 68, pp. 21-23 ; 66, p. 82 ; et pp. 121-128 des "Essais sur le Symbolique", Gallimard 1969.

Pour le concept de "refente du sujet", voir plus loin, p. et J. Lacan, 49, pp. 839-844.

structure perverse, c'est pour autant qu'ils représentent la solution imposée au pervers par la configuration oedipienne, le désaveu coïncidant avec ce tournant structural où le sujet affronte le complexe d'Oedipe, et où se joue cette remise en question des supports identificatoires, qui va signer définitivement son destin de sujet désirant" (2). Nous devons donc maintenant nous attacher à ce que nous pouvons savoir de la configuration oedipienne de Pierre.

Nous connaissons déjà un peu la mère de Pierre. Après les déboires du petit commerce qu'elle tenait avec son mari, au début de leur mariage, elle est entrée à l'A.P., où elle est maintenant surveillante. "C'est elle qui fait marcher la maison sur tous les plans", nous avait déclaré Jeanne.

Cette mère, que Pierre nous dit aimer beaucoup, nous apparaît avant tout comme séductrice. C'est ainsi que Pierre se rappelle qu'elle le laissait jouer sous ses jupes, quand il était petit, souvent avec un petit camarade. Pendant toute son enfance et son adolescence, Pierre a toujours cherché, et réussi, à voir sa mère nue, ce qui ne pouvait se faire qu'avec la complicité de celle-ci, qui par-

.../...

(2) P. Aulagnier, 3, p. 29.

ticipait ainsi de façon occulte à l'auto-érotisme de son fils.

Nous retrouvons cette complicité chez la grand-mère maternelle, également surveillante à l'A.P., et dont nous avons entendu parler lors de la passation du T.A.T.. Au cours d'une même séance, Pierre se souviendra, d'une part que tout au long de sa onzième année, qu'il a tout entière passée chez sa grand-mère, cette dernière venait chaque matin lui faire sa toilette au lit avec une cuvette d'eau tiède, et d'autre part que ses menaces au sujet de ses "mauvaises habitudes" étaient particulièrement virulentes. Elle faisait alors appel à son expérience d'infirmière qui, "dans les hôpitaux, en avait tant vus qui étaient devenus fous à cause de ça". Ces menaces étaient bien entendues pour ce qu'elles étaient, et le petit garçon les considéraient comme dérisoires.

Cette figure maternelle complice, nous la retrouvons lorsque l'on nous dit que la mère de Pierre a toujours excusé son fils de tout, qu'elle l'a toujours protégé et défendu contre le père. C'est elle qui a permis à Pierre de ne pas travailler pendant des mois, contre l'avis du père "qui, de toutes façons, ne compte pas", puisque "c'est un raté qui n'a pas réussi dans la vie, un faible, un alcoolique".

Ceci laisse entendre le cas que cette mère fait de la parole du père, mais c'est encore de la bouche de sa

grand-mère que Pierre se rappelle avoir entendu les plus graves critiques contre son père.

Pour finir, nous savons que la mère de Pierre feignait d'ignorer que son fils s'adonnait à la drogue. Ce dernier aveuglement, comme tous ceux qui l'ont précédé, est une sorte de provocation qui vient se faire preuve de la nullité de la loi du père, puisque ce qui est condamné au nom de la loi pour les autres devient ce qui est accepté et désiré par ce premier autre qu'est la mère.

Pierre n'a ainsi rencontré que vide, béance, là où la loi paternelle aurait dû lui permettre une identification signifiante, qui lui donne sa place dans l'ordre de la loi, loi dont la référence est le Nom du Père, donné par le père à son fils, garantissant ainsi qu'il est fils devant la loi, témoin et conséquence du désir de ses parents, et non cause de ce désir (1).

Il est important de remarquer ici que, si la solution psychotique consisterait à se faire objet du désir de la mère, désir qui est négation de la loi paternelle, et que la psychose se développe donc hors la loi (2),

.../...

(1) J. Lacan, 47, pp. 276-279.

(2) J. Lacan, 48, pp. 577-581.

la solution perverse consiste à tenir fantasmatiquement pour l'auteur arbitraire de la loi, tant morale que scientifique, imposant conjointement la différence des sexes, la procréation et la prohibition de l'inceste, un Père que G. Rosolato désigne sous le nom de Père Idéalisé (66, pp. 75 & 80).

Bien entendu, derrière cette autorité ainsi unifiée sous la rubrique paternelle, se profile en filigrane la puissance maternelle comme porteuse de pénis (67, p. 55).

Dans son extension, cette notion de Père Idéalisé permet de recevoir l'affirmation de Freud concernant la très forte identification paternelle du fétichiste, "puisque l'enfant attribue la castration originelle de la femme au père" (41, p. 137). Il s'agit ici de l'identification primaire, antérieure à tout choix d'objet. En effet, pour que les identifications secondaires (46, p. 117) puissent s'établir, il faudrait que soit mise en place la refente du sujet, par dépassement de la scission du Moi et de ses deux versants maintenus par le désaveu (67, p. 69). D'où, pratiquement, une grande labilité identificatoire que l'on retrouve chez Pierre, en particulier dans l'histoire de ses amitiés.

La transgression.

Le dernier point de la structure perverse du

fétichiste qu'il nous paraît indispensable d'aborder est celui de la transgression. Tout se passe, en effet, comme si le pervers devait avant tout, sans cesse, transgresser une loi et y substituer la loi de son désir (68, p. 33).

Nous venons de voir que c'est de l'arbitraire de la toute-puissance du Père Idéalisé que le fétichiste faisait dépendre toutes les lois. "C'est contre cet ensemble de règles que s'élève la loi de son désir et de son plaisir. Elle ne trouve sa puissance que par la transgression, la destruction momentanée de l'autre loi" (id., p. 36).

C'est ainsi que, pour le fétichiste, c'est à l'instant de la poussée orgasmique que le Père Idéalisé est supplanté, mis à mort fantasmatiquement. C'est dans cet instant limité, hors du temps, où se rejoignent le plaisir et le désir, dans l'éclat de la fascination du dévoilement phallique, au-delà du pénis, que la mort du Père Idéalisé vient accomplir la déchirure de la Loi (66, p. 106). Il s'agit d'une tentative renouvelée, à chaque fois avortée, pour atteindre l'image permanente du Père selon la Loi, celui auquel donne accès la traversée de l'Oedipe et de la castration. On peut dire ainsi que, chez le fétichiste, le plaisir est le signe que sa loi est son désir. On voit là que la transgression, et le défi qu'elle s'ingénie à poursuivre, est comparable au désaveu dont la gageure est de maintenir et abolir tout à la fois.

En fait, ce que le fétichiste défie par le biais de la loi, c'est le réel. En effet, toute loi, qu'elle soit éthique ou scientifique, s'appuie sur le postulat d'un savoir qui se veut vérité, parce qu'il prétend trouver ses sources dans le réel. Mais, si le profil de la réalité de chacun est déterminé par toute une série de lois, une seule loi en constitue le fondement : celle de la prohibition de l'inceste, loi morale et scientifique (depuis la psychanalyse). C'est pourquoi le fétichiste rappelle sans cesse la nécessité du changement de la réalité et de ses lois, d'une manière directe et radicale, puisqu'il met en cause, préalablement par son désaveu, leur fondement même, c'est à dire la différence des sexes et le rapport du Père à la Loi (1).

La drogue comme équivalent du fétiche.

C'est à propos de la séance où Pierre nous a fait l'aveu de ses pratiques fétichistes que nous avons été amenés à rappeler les différents éléments de la structure perverse du fétichiste. Nous retrouvons Pierre à la séance suivante, à laquelle il se présente complètement "camé", les traits tirés, les pupilles en mydriase. Il me demande de ne pas le garder,

.../...

(1) Pour tout ce §, je suis de très près Rosolato, 68, pp. 36-38.

même "s'il a tenu à venir quand même". Il repart alors en titubant, après s'être ainsi donné à voir comme "drogué".

On pourrait analyser les différents facteurs déterminants de cet acte symptomatique, mais je voudrais avant tout souligner l'effet de stupeur et de fascination qu'il a engendré chez moi, effet d'ailleurs scruté par le regard de Pierre.

Il m'a semblé faire là l'expérience décrite par P. Aulagnier à propos du spectacle tant du fouet du sadique et de la douleur du masochiste que de l'objet-fétiche : "la fascination qui s'en dégage et qui fait que notre regard, horrifié ou complice, peu importe, reste rivé à ce qui est ainsi dévoilé, a comme origine une autre sorte d'intuition, celle qui nous fait saisir que c'est là le lieu où l'homme a tenté d'arracher à son semblable le pourquoi d'une jouissance qui ne nous paraissait possible que grâce à la non-violation de son secret" (2, p. 57).

Si c'est à interroger le désir de l'autre que le pervers s'emploie, j'ai eu l'impression qu'il y avait alors comme un déplacement de l'objet-fétiche sur la drogue, qu'à la limite c'était Pierre tout entier, comme "drogué" qui se faisait fétiche et qui défiait ainsi mon regard.

Comme le fétiche, la drogue, le fait d'être drogué,

venait pour servir de voile, pour empêcher de voir la vérité, vérité qui avait commencé à se faire jour la séance précédente. En se présentant ainsi à sa séance, Pierre venait me signifier que, comme les autres médecins qui l'avaient "vu" auparavant, je ne devais voir en lui qu'un "drogué".

Pendant un certain nombre séances, Pierre m'avait parlé de la drogue (le haschich, le LSD, les tubes entiers de corydrane, la désoxine, l'élixir parégorique distillé, etc..) et des moyens de s'en procurer. Il décrivait aussi ses "voyages", mais tant qu'il parlait de la drogue, il ne parlait pas. C'était me jeter de la poudre aux yeux, en sous-entendant : "Vous savez, donc vous n'avez pas besoin de m'écouter".

Désormais, après ce qu'il avait révélé de vérité, il devenait nécessaire de me renvoyer de nouveau à ce savoir. Pour ce faire, il ne fallait plus seulement donner à entendre, mais encore à voir, en montrant (pour mieux cacher).

A partir de ce moment, il m'a donc semblé que, dans le cas de Pierre, la drogue constituait un équivalent du fétiche. C'est ce qu'il nous faut maintenant vérifier, à la lumière de ce que nous avons vu à propos de la signification de l'objet-fétiche.

La fusion dans l'abolition des différences.

Nous avons dit que le fétiche, garant de la non-différence des sexes, permettait de surmonter le dégoût pour le sexe de la femme, et donc d'avoir des rapports sexuels. C'est ainsi que Pierre ne peut avoir de rapports satisfaisants avec Jeanne que s'il est drogué. Plus simplement, lorsqu'ils sont seuls, ils n'ont rien à se dire et ils s'ennuient. Il n'y a que la drogue prise ensemble qui leur permette une certaine communication entre eux.

Il semble bien, par conséquent, que la drogue permette d'exorciser la menace irréductible de la castration de la femme. Comme le fétiche, elle vient nier la castration : "phallus dérisoire d'une loi dérisoire, elle vient recouvrir le manque" (2, p. 62).

Si la drogue empêche de voir la différence des sexes, elle permet une sorte de communion fusionnelle dans l'indifférenciation sexuelle et l'abolition de toutes les différences (1), communion que Pierre nous a bien décrite dans ses expériences de prise en commun de la drogue, avec

.../...

(1) Certains penseront peut-être au discours d'Aristophane, dans le "Banquet" de Platon, où s'exprime le fantasme d'accouplements sans participation des organes génitaux (et donc sans procréation possible). 60, 191 a & b.

toute la ritualisation que de telles expériences comportent : éclairage spécial, bâtons d'encens, costumes identiques pour tous, musique pop, circulation des cigarettes de marijuana, etc... Cette ambiance a été suffisamment bien rendue dans un certain nombre de films (1) pour qu'il soit nécessaire d'insister sur cet aspect.

Le défi de la réalité.

La différence des sexes (et partant toutes les autres différences) étant ainsi désavouée, nous ne nous étonnerons pas que la drogue se présente également comme ce qui permet de transgresser la loi et de défier la réalité.

On sait de quelle manière les drogues dysléptiques, à commencer par le haschich, modifient la perception de la réalité. On peut se référer aux descriptions de Baudelaire ou de Moreau de Tours, mais aussi actuellement à n'importe quel magazine à grand tirage.

Comme le rappelle J. Delay (9), ces drogues ne sont pas seulement hallucinogènes, mais aussi onirogènes. Pour Delay, le régime onirique ainsi engendré est défini

.../...

(1) Je pense en particulier au film "More" dont j'aurai l'occasion de reparler dans la conclusion de ce travail.

par la dissolution des synthèses mentales et l'émancipation des automatismes psychiques. L'activité mentale est alors désocialisée et dépersonnalisée par :

- la dissolution des cadres sociaux de la perception et de la mémoire, atteintes en tant que jugement d'extériorité et d'antériorité ;
- l'altération des notions d'espace et de temps ;
- la désorganisation du schéma corporel et de la notion du Moi ;
- la désagrégation des catégories logiques d'unité, d'identité et de causalité.

J. Delay insiste encore sur la libération de l'imaginaire, la projection esthésique (et parfois esthétique) des contenus de l'inconscient, et une réorganisation apparemment anarchique de la pensée orientée, non plus selon les exigences de l'adaptation à la vie, au réel, au présent, au social, mais selon les lois mécaniques de l'habitude ou selon les besoins spontanés du dynamisme instinctif et affectif.

En se faisant ainsi "planer" à volonté, le pervers peut affirmer que la réalité n'existe et n'a de consistance qu'en fonction de l'oeil qui la regarde. Par la drogue, il est en son pouvoir de transfigurer la réalité et il entend démontrer ainsi que "c'est lui qui possède la réalité, et

non la réalité qui le possède" (15, p. 54).

Dans ces conditions, l'essentiel, c'est d'avoir de la drogue, de posséder cette chose miraculeuse, et toute la vie de Pierre et de ses amis s'organise autour des expéditions à Marseille ou à Copenhague et du trafic de la rue Saint-André-des-Arts. Un jour qu'il attendait fébrilement l'arrivée annoncée d'un kilo de haschich, il s'imaginait le gardant (et le regardant) sans y toucher : "simplement l'avoir".

La drogue ainsi fétichisée, Pierre peut exprimer à propos de la prise de la drogue quelque chose qui est comme la "tentative renouvelée" (à chaque fois avortée, pour atteindre l'image permanente du Père selon la Loi) dont nous avons parlé à propos de l'acte fétichiste : "après on se retrouve sans rien, mais, à chaque fois on a l'impression nouvelle que ça va changer quelque chose". D'un seul tenant, il ajoute qu'après s'être drogué, il éprouve la même culpabilité qu'après s'être masturbé. Dans un cas, comme dans l'autre, le plaisir éprouvé est bien le signe que sa loi est son désir.

L'idéologie.

Finalement, pour Pierre, "il est pénible et con de travailler ; tous ceux qui cherchent quelque chose dans

la vie, les étudiants, les travailleurs, sont des cons ; il faudrait que ceux qui travaillent se droguent pour comprendre comme c'est formidable d'être défoncé toute la journée". Pour pauvre qu'il paraisse, ce discours n'en représente pas moins une "idéologie" (68, p. 27) que Pierre a conscience de partager avec tous les "beats", et qui peut conduire jusqu'à Katmandou, ou plus simplement Amsterdam, et leurs célébrations psychédéliques, qui représentent peut-être la liturgie d'un nouveau gnosticisme.

Ce dont il s'agit, en définitive, c'est de faire surgir la chose miraculeuse qui saura agir sur l'autre en le fascinant, en entraînant son consentement, en le perversifiant ou en le convertissant, en sorte que le fétichiste ait la preuve de son pouvoir, d'un pouvoir qui bat ainsi en brèche toute loi qui prétendrait se référer à autre chose qu'à l'absolutisme d'un désir arbitraire (16, p. 79).

Conclusion de l'approche psychanalytique.

Au terme de la deuxième partie de ce travail, nous avons bien conscience de n'avoir rendu compte que d'une partie de l'approche psychanalytique du cas de Pierre. Comme il n'était pas question d'envisager ici l'ensemble du processus de la psychothérapie entreprise par Pierre, nous en sommes avant tout restés à des aspects structuraux. Ces éléments me semblent toutefois suffisants

pour ouvrir de nouvelles perspectives à la compréhension de ce cas, et il nous reste à dégager les conclusions générales de ce travail.

C O N C L U S I O N G E N E R A L E

C'est selon une double approche psychiatrique et psychanalytique que nous venons de faire l'étude du cas de Pierre, jeune homme de 23 ans ayant présenté un accès psychotique aigu à la suite d'une consommation importante et prolongée de haschich.

L'approche psychiatrique nous a fait préciser les symptômes présentés et les problèmes diagnostiques posés à l'occasion de cet accès aigu.

Lorsque nous avons été renvoyés à la personnalité de Pierre et à son histoire, et que nous nous sommes interrogés sur la signification de son appétence pour la drogue, nous nous sommes engagés dans une approche psychanalytique, rendue possible par la psychothérapie entreprise par Pierre avec nous au cours des mois qui ont suivi l'épisode aigu.

C'est parce que nous avons alors trouvé chez Pierre une symptomatologie fétichiste nette que nous avons été amenés à comprendre la drogue comme un équivalent du fétiche pour lui. Certes il s'agit là d'une observation unique, mais il me semble que la structure que nous avons dégagée à propos de ce cas peut nous permettre d'envisa-

ger autrement certains aspects de l'usage de la drogue, dont on parle tant aujourd'hui. J'en prendrai pour exemple le matériel fourni par le film "More", produit et mis en scène par Barbet Schroeder en 1969. Nous voyons dans ce film que les relations sexuelles entre Stefan et Estelle sont d'entrée de jeu placées sous l'emblème de la drogue, et qu'elles ont toujours lieu ensuite après une prise en commun de drogue, comme si celle-ci les rendait possibles.

J'ai déjà évoqué plus haut la fusion dans l'abolition des différences, et naturellement en premier lieu de la différence des sexes, aspect qui est bien rendu dans les deux séquences de prise en commun de drogue dans une ambiance psychédélique, à Paris et à Ibiza.

Ceux qui ont vu le film se rappelleront aussi les relations de type homosexuel entre Stefan et Charlie et entre Estelle et Cathie, ainsi que le groupe formé par Stefan entre Estelle et Cathie sous la moustiquaire. Mais le personnage le plus important est peut-être le Docteur Wolff, que l'on peut voir comme une sorte d'incarnation du Père Idéalisé. Son nom de "Loup" n'a sans doute pas été choisi par hasard, et c'est lui qui soumet l'Ile à sa loi, en possédant bars et hôtels et en contrôlant la drogue et les filles. Cette loi est d'autant plus arbitraire qu'il est lui-même hors la loi, puisque nazi interdit de séjour, comme nous le

montre la croix gammée gravée sur le manche du poignard qu'il va ficher en plein dans le mille. Sa langue, l'allemand, est la langue maternelle de Stefan, qu'il va à la fois châtier et protéger comme un père. Quant à Estelle, elle va dérober au Docteur Wolff quelque chose qui lui appartient, les doses d'héroïne, avec lesquelles elle va, nouvelle Eve, tenter Stefan, et le conduire finalement à la mort, à l'entrée d'un tunnel dont on sait qu'il mène à la mer...

On ne pourrait retenir de ce film que le fait qu'il montre bien l'escalade de la première cigarette de haschich à la double dose mortelle d'héroïne. Mais cette escalade n'est pas le fait de n'importe qui. Il y a beaucoup de lycéens qui fument une cigarette de marijuana au cours d'une surprise-party, et ce n'est pas plus cette cigarette qui fera d'eux des "drogués" qu'un verre de scotch ne ferait un alcoolique chronique. Il semble bien que les véritables usagers de la drogue ne soient pas si nombreux que cela, malgré ce que certains rapports de police voudraient nous faire croire, sans doute pour justifier certaines interventions, dont il est difficile de ne pas voir autre chose qu'une participation sadique au jeu pervers (15, p. 42). Parmi ces usagers, il est sans doute illusoire, et d'ailleurs parfaitement vain, de vouloir déterminer leur proportion de névrosés, de psychopathes ou de psychotiques. Ce qui nous a paru intéressant, c'est ce que l'étude psychanalytique de la structure fétichiste peut apporter de compréhension au mythe de la drogue.

Il semble bien en effet que l'on puisse parler d'un véritable mythe de la drogue, comme il y a eu un mythe de l'alcoolisme, qui a encore la peau dure, d'ailleurs. Comme tous les mythes, ce mythe de la drogue a une fonction de méconnaissance, et rappelons-nous que le fétiche est ce qui empêche d'affronter la castration et permet de s'arrêter à autre chose qui la voile et qui détourne de toute vérité et de toute réalité.

Si la drogue peut n'être pas le fétiche de tous ceux qui en usent, elle peut l'être de ceux qui en parlent, et l'emprise de son mythe semble telle que, dans la plupart des articles ou des études qui lui sont consacrés, on s'attarde longuement à la description des différentes drogues et à celle de leurs effets respectifs. On se laisse fasciner et on fascine l'autre par la drogue en tant que telle, cette "chose miraculeuse" dont nous parlions plus haut. On veut nous faire croire que c'est en elle que résident les forces du mal pour une certaine jeunesse, que c'est elle la cause du comportement de celui qui en use, et on va jusqu'à l'accuser de meurtre.

Dans ces conditions, puisqu'on tient l'"agent pathogène", le grand remède, c'est la cure de désintoxication. C'est là, qu'avec l'aide de la police, il faut conduire le "drogué", cet homme que l'on nomme par rapport à elle, la drogue. Quant à lui, qui il est, son but et le sens de ce qu'il recherche dans l'usage de la drogue, on n'en parle

pas, comme si on ne voulait pas le savoir. Au mieux, on le dissout dans un groupe sociologique, une "subculture", comme disent les Américains, et on considère l'extension de l'usage de la drogue dans le monde occidental comme la conséquence de la démission ou de la dévalorisation du père (mais on ne parle guère de la mère). Encore heureux si l'on n'attribue pas cette fameuse carence paternelle à Freud et à la psychanalyse !.

Au bout du compte, on ne sait rien sur l'usager de la drogue, mais on sait tout sur la drogue. C'est là que l'on prend sur le vif la fonction de méconnaissance du savoir. Ce que l'on sait sur la drogue et les toxicomanies empêche de voir et d'entendre ce dont il s'agit, et l'on peut voir des médecins poser le problème de la drogue de la même manière que les magazines à grand tirage, c'est à dire en entrant finalement dans un certain jeu.

C'est en 1917 cependant que Freud a écrit ces lignes : "Les médecins répugnent à entrer en relations trop étroites avec leurs patients atteints de névrose et, ne prêtant pas une attention suffisante à ce que ceux-ci leur disent, ils se mettent dans l'impossibilité de tirer de leurs communications des renseignements précieux et de faire sur leurs malades des observations susceptibles de servir de point de départ à des déductions d'ordre général" (38, p. 227).

Ainsi, c'est dans la mesure où nous serons prêts à écouter nos patients que nous risquerons d'entendre autre chose que la sirène "drogue" et de comprendre autre chose, qui sera moins pratique et moins confortable, mais peut-être plus vrai. Il semble donc que seule une approche psychanalytique puisse détruire le mythe de la drogue, en tant qu'il a une fonction de méconnaissance de la vérité, mais cette approche nous paraît encore aujourd'hui socialement difficile parce que, même si les écrits psychanalytiques se vendent bien, la psychanalyse n'est pas encore entrée dans les esprits. Certains se sont efforcés de donner à la psychanalyse un statut philosophique, comme d'autres s'emploient à lui donner un statut social ou médical. En fait, la psychanalyse ne peut qu'être ailleurs, avoir une position à l'écart, puisqu'elle s'occupe du refoulé. Ce qui est refoulé ne l'est pas pour rien, et c'est toujours l'essentiel qui a tendance à l'être. C'est pourquoi une approche psychanalytique portera toujours nécessairement à faux, d'une certaine manière. Oedipe, qui tue son père et couche avec sa mère les yeux grands ouverts, finira par se crever les yeux pour y voir plus clair. Mais, bien sûr, même quand on est analysé, on peut toujours être aveuglé. Ayant un autre savoir, on risque alors d'être prisonnier d'un autre mythe, celui de la psychanalyse... Quant à Pierre, nous ne pouvons pas plus le réduire à être le patient de son analyste que le "fou" de son psychiatre. Il continue de vivre à sa manière et de nous interroger, pour peu que nous entendions sa question.

B I B L I O G R A P H I E

1. AJURIAGUERRA (J.de) et JAEGGI (F.) :
"Le poète Henri Michaux et les drogues hallucinogènes. Contribution à la connaissance des psychoses toxiques".
Sandoz S.A. Bâle 1967.
2. AULAGNIER (P.) :
"Aspect théorique des perversions"
Cahiers Laténec, Septembre 1965, pp. 56-68.
3. AULAGNIER (P.) :
"La perversion comme structure"
L'inconscient 2, Avril 1967, pp. 11-42.
4. BAUDELAIRE (Ch) :
"Les Paradis artificiels".
Paris 1857.
5. BAUDELAIRE (Ch) :
"Du vin et du Haschich".
Paris 1851.
6. BAUDELAIRE (Ch.) :
"Poème du Haschich".
Paris 1860.
7. BERGE (A.) :
"Les psychothérapies".
P.U.F. 1968.
8. BETTELHEIM (B.) :
"Symbolic Wounds. Puberty rites and the envious male".
New York 1954.

9. BLEULER (M.) :
"Comparison of drug-induced and endogenous psychoses".
Discuss. J. ELKES, J. DELAY, M. JARVIK etc...
Proc. of the 1st Congress of Neuro-Pharmacology (Rome, Sept. 1958).
Elsevier Ed. 1959. pp. 158-185.
10. BROMBERG (W.) :
"Marihuana Intoxication. A Clinical Study of Cannabis Sativa Intoxi-
cation".
Am. J. Psych. Septembre 1934, pp. 303-330.
11. BROMBERG (W.) :
"Marihuana. A psychiatric study".
J.A.M.A. 1939, pp. 4-12.
12. BROMBERG (W.) .
"Marihuana. Thirty five years later".
Am. J. Psych. Septembre 1968, pp. 391-392.
13. CLAVREUL (J.) :
"La parole de l'alcoolisme".
La Psychanalyse 5, P.U.F. 1959, pp. 257-280.
14. CLAVREUL (J.) :
"Remarques sur la question de la réalité dans les perversions".
La Psychanalyse 8, P.U.F. 1964, pp. 193-218.
15. CLAVREUL (J.) :
"Aspects cliniques des perversions".
Cahiers Laënnec, Septembre 1965, pp. 38-55.
16. CLAVREUL (J.) :
"Le pervers et la loi du désir".
L'Inconscient 2, Avril 1967, pp. 75-88.
17. CLAVREUL (J.) :
"Identification et complexe de castration".
L'Inconscient 7, Juillet 1968, pp. 67-98.
18. CLAVREUL (J.) :
"Le couple pervers".
Le désir et la perversion. Seuil 1967, pp. 7-52.

19. COLL. :
"Alerte à la drogue".
Le Nouvel Observateur n° 252, 8 Septembre 1969, pp. 26-33.

20. COLL. :
"Pour la santé du peuple Suisse".
A 69. Zürich 1969.

21. COLL. :
"Forum sur la drogue".
Le Concours Med. , 15 Novembre 1969, pp. 8323-8330.

22. COLL. :
"La drogue".
Instantanés Médicaux, Novembre 1969, pp. 309-358.

23. DEFER (B.) et DIEHL (L.) :
"Les troubles mentaux déterminés par le chanvre indien. Nosographie et description des états aigus (à propos de 600 cas).
Ann. Med. Psych. Janvier 1968, pp. 138-139.

24. DEFER (B.) et DIEHL (L.) :
"Les psychoses cannabiques aiguës (à propos de 560 observations)".
Ann. Méd. Psych. Juillet 1968, pp. 260-266.

25. DENIKER (P.) :
"Drogues hallucinogènes et toxicomanies modernes".
Revue du Praticien, 21 Juin 1968, pp. 2747-2756.

26. DURAND (Ch.) :
"Toxicomanies".
E.M.C. 1955, pp. 37380 A/10 à A/30.

27. EGALON (J.) et HANUS (M.) :
"Toxicomanie au haschich".
Perspectives psych. , IV 1969, pp. 31-38.

28. EY (H.) et BONNAFOUS-SERIEUX :
"Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la D.P.".
Ann. Méd. Psych., 1938, pp. 151-181 et 360-394.

.../...

29. EY (H.) et MIGNOT (H.) :
"La psychopathologie de J. Moreau (de Tours)".
Ann. Méd. Psych., Octobre 1947, pp. 225-241.
30. EY (H.)
"Structure des psychoses aiguës et destructuration de la conscience".
Etudes psychiatriques tome III, DDB 1954.
31. EY (H.) :
"Le groupe des psychoses schizophréniques".
E.M.C. 1955, pp. 37281 C 10 à 37286 A 10.
32. EY (H.) :
"Les problèmes cliniques des schizophrénies".
Evolution psych., 1958 tome II, pp. 149-199 et 200-211.
33. EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSET (Ch.) :
"Manuel de Psychiatrie".
Masson et Cie 1967.
34. FISCHER (E.) :
"Les substances psychotoxiques et la pathogénèse de la schizophrénie".
Ann. Méd. Psych., Mai 1965, pp 834.
35. FREUD (S.) :
"The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud".
24 vol. Hogarth Press, London 1953-1966.
36. FREUD (S.) :
"Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)".
Trad. Reverchon-Jouve. Gallimard, Idées, 1962.
37. FREUD (S.) :
"Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le Président Schreber)(1911)".
Cinq psychanalyses. Trad. M. Bonaparte et R.M. Loewenstein. P.U.F.
1954, pp. 263- 324.
38. FREUD (S.) :
"Introduction à la Psychanalyse". (1916-17).
Trad. S. Jankelevitch, Payot 1951. Cf. particulièrement les chapitres
sur "Psychanalyse et Psychiatrie" et "Le sens des symptômes", pp. 225-
254 de la PBP.

39. FREUD (S.) :
"L'organisation génitale infantile". (1923).
Trad. J. Laplanche. La vie sexuelle. P.U.F., pp. 113-116.
40. FREUD (S.) :
"Quelques conséquences psychologiques de la distinction anatomique entre les sexes". (1925).
Trad. D. Berger. La vie sexuelle, P.U.F. 1969, pp. 123-132.
41. FREUD (S.) :
"Le Fétichisme". (1927).
Trad. D. Berger. La vie sexuelle, P.U.F. 1969, pp. 133-138.
42. FREUD (S.) :
"Abrégé de Psychanalyse". (1938).
Trad. A. Berman. P.U.F. 1950.
43. JONES (E.) :
"La vie et l'oeuvre de Freud".
Trad. A. Berman et L. Flounoy. 3 tomes P.U.F. 1958-1969.
44. KEELER (M.H.) :
"Adverse Reaction to Marihuana"
Am. J. Psych. Novembre 1967, pp. 674-677.
45. KEELER (M.H.), REIFLER (C.B.) et LIPTZIN (M.B.) :
"Spontaneous Recurrence of Marihuana Effect".
Am. J. Psych. Septembre 1968, pp. 384-386.
46. LACAN (J.) :
"L'agressivité en psychanalyse" (1948).
Ecrits. Seuil 1966, pp. 101-124.
47. LACAN (J.) :
"Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse"
(1953)
Ecrits. Seuil 1966, pp. 237-322.
48. LACAN (J.) :
"D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose"
(1955-56).
Ecrits. Seuil 1966, pp. 531-584.

.../...

49. LACAN (J.) :
"Position de l'Inconscient". (1964).
Ecrits. Seuil 1966, pp. 829-850.
50. LAGADEC (Ch.) :
"Les aventures d'Alice au Pays des Merveilles et ailleurs".
Interprétation, Janvier 1967, pp. 63-88.
51. LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) :
"Vocabulaire de la Psychanalyse".
P.U.F. 1967.
52. LAPLANCHE (J.) et LECLAIRE (S.) :
"L'Inconscient, une étude psychanalytique".
L'Inconscient, VI^e Colloque de Bonneval. D.D.B. 1966, pp. 95-130.
53. LEGUILLOU (C.) et COLONNA (L.) :
"Polytoxicomanes. Polyintoxications".
Perspectives psych. IV 1969, pp. 11-24.
54. MAC GLOTHLIN (W.H.) et WEST (L.J.) :
"The Marihuana Problem. An Overview".
Am. J. Psych., Septembre 1968, pp. 370-379.
55. MALE (P.) :
"Psychothérapie de l'adolescent".
P.U.F. 1954.
56. MANNONI (O.) :
"Je sais bien, mais quand même..." (1963)
Clefs pour l'imaginaire ou l'autre Scène. Seuil 1970, pp. 9-33.
57. MAZHAR OSMAN (U.) :
"Haschischomanie et démence précoce".
Congrès alién. neur. de langue Française, Lyon, 1934, pp. 329-340.
58. MOREAU de Tours (J.) :
"Du haschich et de l'aliénation mentale".
Etudes psychologiques. Paris 1845.
59. OLIEVENSTEIN (Cl. S.) :
"Jeunes toxicomanes à l'Hôpital Psychiatrique".
Perspectives psych. IV 1969, pp. 47-49.

.../...

60. PLATON :
"Le Banquet".
Trad. L. Robin. Gallimard 1950.
61. PLE (A.) :
"Freud et la morale".
Cerf 1969.
62. POROT (A.) :
"Le cannabisme".
Ann. Méde. Psych. , 1942, n° 1, pp. 1-24.
63. POROT (A.) :
"Les toxicomanies"
P.U.F. 1968, 3ème édition.
64. ROSENBERG (C.M.) :
"Young Drug Addicts. Background and Personality".
J. Nerv. Ment. Dis., Janvier 1969, pp. 65-73.
65. ROSOLATO (G.) :
"Paranoïa et scène primitive" (1963).
Rivista sperimentale di freniatria, I 1965, pp. 99-137.
66. ROSOLATO (G.) :
"Trois générations d'hommes dans le mythe religieux et la généalogie".
L'inconscient 1, 1967, pp. 71-108.
67. ROSOLATO (G.) :
"Généalogie des perversions".
L'Inconscient 2, P.U.F., pp. 51-74.
68. ROSOLATO (G.) :
"Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme".
Le Désir et la Perversions. Seuil, 1967, pp. 7-52.
69. ROSOLATO (G.) :
"Perversions sexuelles".
E.M.C. 1968, pp. 37392 A 10 à C 10.
70. ROSOLATO (G.) :
"La différence des sexes".
Essais sur le Symbolique, Gallimard 1969, pp. 11-35.

71. ROY (Cl.) :
"La bonne drogue".
Nouvel Observateur, n° 254, 22 Septembre 1969, pp. 28-32.

72. SCOURAS (P.) :
"Le syndrome catatonique des psychoses cannabiques aiguës".
Encéphale 1939, 1, pp. 78-85.

73. SEJOURNET (F.) :
"Aspects actuels de la toxicomanie".
Thèse Paris, 1968. 353 P.

74. SIGG (B.) :
"Le cannabisme chronique, fruit du sous-développement et du capitalisme".
Paris 1963, 246 P.

75. SMIRNOFF (V.N.) :
"De quelques problèmes que pose au psychanalyste la pratique dispensoriale".
Revue de Neur. Psych. Inf., Octobre-Novembre 1967, pp. 825-831.

76. STEWART (S.) :
"Quelques aspects théoriques du Fétichisme".
Interprétation, Avril 1968, pp. 88-103.

77. SUTTER (J.M.), PELICIER (Y) et SCOTTO (J.CL.) :
"Dépendance à l'égard des drogues d'origine végétale".
E.M.C. 1968, pp. 16060 A 10.

78. SUTTER (J.M.), PELICIER (Y.) et SCOTTO (J.CL.) :
"Les substances hallucinogènes".
E.M.C. 1970, pp. 37630 F 10.

